住友重機械健康保険組合　御中

本人（または事業所代筆）→健保

健康保険　資格喪失証明書交付申請書

令和　7　年　〇　月　×　日提出

健保組合	常務理事	事務長
	担当者	担当者

健保受付印

申請者	☑ 本人 ☐ 事業所担当者 担当者名：

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者記号・番号	××××	ー	123456	氏名	ふりがな	すみじゅう		けんた
					（氏）	住重	（名）	健太

生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	資格喪失日（退職日の翌日）	令和	年	月	日
		××	××	××			7	〇	×

送付先住所	〒 〇〇〇－　〇〇〇〇 東京都品川区大崎××ー××

電話番号	03-××××ー××××	発行理由	☑ 国民健康保険に加入の為 ☐ その他

※事業所から貴殿の被保険者資格喪失届が健保に提出された以降の発行となります。
　上記送付先住所宛に郵送しますが、お時間がかかる場合がございますので予めご承知おきください。
※国民健康保険加入等の理由によりお急ぎの場合は、事業所健保担当者に退職証明書の発行についてご相談ください。
※申請書は下記住所宛に直接ご送付をお願いします。

《申請書送付先》

〒141-6025　東京都品川区大崎2-1-1　ThinkPark Tower 25F

住友重機械健康保険組合　適用担当者宛

令和6年12月改訂